

مقایسه میزان تنظیم هیجانات، استرس ادراک شده، نشخوار ذهنی و نگرانی در بیماران ایسکمیک قلبی و افراد سالم

دکتر مهدی رضا سرافراز^{۱*}، دکتر محمد پارسا محبوب^۲

^۱گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران، ^۲گروه قلب، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۰۵/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۲/۲۴

چکیده

زمینه و هدف: عوامل روانشناختی مختلفی می‌توانند بر سلامت جسمی ما اثر منفی بگذارند و باعث ابتلا و یا تشدید بیماری‌های مختلف مانند بیماری‌های قلبی شوند. هدف از پژوهش حاضر تعیین و مقایسه میزان تنظیم هیجانات، استرس ادراک شده، نشخوار ذهنی و نگرانی در بیماران ایسکمیک قلبی و افراد سالم بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی-مقطعی می‌باشد که بر روی ۳۸ مرد انجام پذیرفت، ۱۹ بیمار مرد مبتلا به بیماری ایسکمیک عروق کرونر که طی سال ۱۳۹۲ مرکز قلب شهید رجایی تهران مراجعه کرده و به روش در دسترس انتخاب شدند و ۱۹ مرد همتای سالم است، که به روش هدفمند و هم‌تا با گروه بیماران انتخاب شدند. ابزار این پژوهش شامل: مقیاس «باورها در مورد هیجانات»، «نگرانی»، «نشخوار فکری» و «استرس ادراک شده» می‌باشد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد)، آزمون تی، کلموگروف - اسمیرنوف و تحلیل واریانس چند متغییری تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل آزمون تی نشان داد که دو گروه افراد بیمار و غیر بیمار از نظر سن و سطح تحصیلات با یکدیگر هم‌تا هستند و تفاوتی ندارند. نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف نیز نشان داد که مفروضه نرمال بودن داده‌ها برقرار است و می‌توان از آزمون پارامتریک استفاده کرد. نتایج تحلیل واریانس چند متغییره نشان داد که افراد بیمار و سالم از نظر استرس ادراک شده تفاوتی ندارند ($p=0/15$)، با این وجود دو گروه از نظر متغیرهای سرکوب احساسات ($p=0/05$)، نشخوار ($p=0/05$) و نگرانی ($p=0/01$) تفاوت دارند. همچنین نتایج آزمون ام‌پاکس و آزمون لون، مفروضه همگنی کوواریانس‌ها و واریانس‌ها را برای انجام آزمون تحلیل واریانس چند متغییره تأیید کرد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش بیانگر این مطلب است که افراد سالم و بیمار به یک میزان استرس را تجربه می‌کنند، اما میزان نگرانی، نشخوار فکری و سرکوب احساسات مربوط به وقایع استرس‌زا در بیماران ایسکمیک نسبت به افراد سالم بیشتر است. این امر می‌تواند نشان دهنده این باشد که بالا بودن سرکوب احساسات در گروه بیمار ممکن است منجر به بالاتر رفتن نشخوار و نگرانی ذهنی و تداوم ذهنی استرس شود و در نتیجه بر سلامتی این افراد اثرات منفی بگذارد و وضعیت بیماری آن‌ها را در طول زمان وخیم تر کند.

واژه‌های کلیدی: تنظیم هیجانات، نگرانی، نشخوار فکری، استرس، بیماران عروق کرونر قلبی، تنظیم هیجانات

*نویسنده مسئول: مهدی رضا سرافراز، شیراز، دانشگاه شیراز، گروه روانشناسی بالینی

Email: msarafraz@shirazu.ac.ir

مقدمه

بیماری‌های قلبی از عوامل مهم مرگ می‌باشد و یکی از انواع این بیماری‌ها، بیماری ایسکمیک قلبی است که سالانه منجر به فوت تعداد زیادی می‌شود (۱). بیماری ایسکمیک ناشی از کاهش خون‌رسانی به عضله قلب به خصوص از طریق گرفتگی رگ‌های کرونر می‌باشد (۱). پژوهش‌های متعددی تأثیر مخرب استرس بر این بیماری و به طور کلی بر وضعیت بدنی را نشان داده‌اند (۱). بررسی‌ها در مورد چگونگی این فرآیند، شدت و تعداد وقایع استرس‌زایی که فرد تجربه می‌کند و نیز واکنش وی در مواجهه با استرس تمرکز داشتند، اما این پژوهش‌ها به نتایج قانع‌کننده‌ای نرسیده‌اند (۲). مقابله با استرس، امری اجتناب‌ناپذیر است و تغییرات الکتروفیزیولوژیک نیز تلاش بهنجار بدن برای آمادگی در برابر شرایط جدید است (۳). در تبیین علت مشاهده آثار مخرب جسمی استرس، برخی عنوان می‌کنند که مواجهه با استرس به صورت مزمن، ممکن است موجب آسیب بدنی شود (۴). تبیین دیگر این که استرس، علاوه بر این که با یک محرک راه‌اندازی می‌شود، اما پدیده‌ای روان‌شناختی است (۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهد نشخوار ذهنی و نگرانی که حاصل بازنمایی‌های ذهنی بدون حضور تجربه استرس‌زای واقعی است، می‌تواند واکنش‌های الکتروفیزیولوژیک آن را تداوم بخشیده و در نتیجه منجر به پیامدهای مخرب جسمی شود (۳). حتی وقتی نشخوار ذهنی و نگرانی به شکل هشیار به وسیله فرد قابل ردیابی نیست، باز هم می‌تواند واکنش‌های بدنی

به دنبال داشته باشد، چنان که تداوم برانگیختگی فیزیولوژیکی ناشی از استرس در خواب هم قابل ردیابی است (۵).

طی سال‌های اخیر، پژوهش‌گران به این نتیجه رسیده‌اند که دوام واکنش‌های الکتروفیزیولوژیک ناشی از استرس پس از رخداد استرس‌زا یا در پیش‌بینی آن، ممکن است در ایجاد پیامدهای بدنی نامطلوب تعیین‌کننده‌تر باشد (۳). با توجه به این که انسان‌ها بازنمایی‌های ذهنی از تجربیات گذشته و نیز حوادث مورد انتظار از آینده دارند، فرد ممکن است مدت‌ها پس از رخداد استرس‌زا، یا قبل از آن، از تجربه‌های بازنمایی‌هایی ذهنی داشته باشد (۶)، در نتیجه تمرکز بر وقایع استرس‌زایی که فرد تجربه کرده است و یا واکنش وی هنگام تجربه استرس، موجب از دست دادن اطلاعات زیادی می‌شود (۵).

در جمع، می‌توان گفت، استرس تغییرات الکتروفیزیولوژیکی را راه‌اندازی می‌کند که هدف آن آمادگی برای مقابله با موقعیت استرس‌زاست (۷). رفع موقعیت، باید موجب راه‌اندازی سیستم خودنظم‌دهی بدن شده و سیستم را به وضع تعادل قبل بازگرداند (۸). به نظر می‌رسد این امر به شرطی رخ می‌دهد که سیستم خودنظم‌دهی در سطح روان‌شناختی نیز فعال شده و تجربه روانی استرس تداوم نیابد (۹). چنین موقعیتی، مثال خوبی از به هم پیوستگی خودنظم‌دهی در سطح روان‌شناختی و جسمی است که تأثیرات مخرب عدم تعادل را تبیین می‌کند. نمونه‌ای از این وضعیت اختلال استرس پس از

سانحه است که با وجود گذشت زمان زيادی از حذف عامل استرسزا، عدم توانایی نظم‌دهی در سطح روان‌شناختی، اين فرآیند را در سطح بدنی نیز مختل کرده و علاوه بر پیامدهای ناخوشایند روان‌شناختی، عواقب مخرب بدنی نیز به جای می‌گذارد (۱۰).

شکایات بدنی در کوتاه مدت و بیماری ایسکمیک قلبی در دراز مدت از جمله آسیب‌های بدنی هستند که با استرس ارتباط دارند (۷). پژوهش‌ها نشان داده‌اند تأخیر در فرونشانی علائمی مثل ضربان قلب به دنبال استرس، پیش‌بینی کننده مشکلات عروق کرونر است (۱۱). همچنین تأخیر در فرونشانی فشارخون افزایش یافته به دنبال استرس، فشارخون سه سال بعد را پیش‌بینی می‌کند (۱۲). این پژوهش‌ها حکایت از این دارند که دوام واکنش‌های قلبی - عروقی به دنبال رویداد استرس‌زا می‌تواند تبیین کننده رابطه بین استرس و بیماری ایسکمیک قلبی باشد (۱۲).

بررسی‌ها حکایت از این دارد که افزایش نسبت تأثیر سمپاتیک به پاراسمپاتیک با افزایش عوارض قلبی - عروقی و مرگ و میر رابطه دارد (۴). بررسی در مورد ضربان قلب نیز نشان داده تأخیر در فرونشانی ضربان قلب افزایش یافته به دنبال استرس، پیش‌بینی کننده بیماری قلبی است (۱۳). در مجموع مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد واکنش‌های قلبی - عروقی تنظیم نشده، می‌تواند پیامدهای مخرب از جمله بیماری قلبی به دنبال آورد و به نظر می‌رسد تأثیر نامطلوب استرس بر وضعیت قلبی به واسطه دوام واکنش‌های قلبی رخ می‌دهد (۱۴).

یکی دیگر از عواملی که آثار مضرى بر سلامتی دارد، تنظیم هیجان در سطح پاسخ (فرونشانی هیجان) است (۱۵). مثلاً سرکوب مزمن غم و گریه کردن می‌تواند با مشکلات سلامتی مثل آسم همراه شود و سرکوب مزمن تمایلات ارتباطی با زخم‌های گوارشی در ارتباط است (۱۶). همچنین سرکوب مزمن خشم با مشکلات قلبی - عروقی (۱۶) رابطه دارد. مکانیزمی که تنظیم هیجان و سلامتی را به هم مرتبط می‌کند هنوز نامشخص است. یک فرضیه این است که سرکوب هیجانات منفی منجر به تداوم ذهنی پیامدهای احساسات یعنی افزایش پاسخ‌های الکتروفیزیولوژیک بدن می‌شود و در نتیجه در درازمدت آثار مضرى بر بدن دارد (۱۷). بررسی‌ها نشان داده که سرکوب هیجانات فعالیت سیستم سمپاتیک را افزایش می‌دهد (۱۸). در مقابل شواهد تجربی زيادی حکایت از این دارد که خودافشایی و تجربه هیجانی آثار مفیدی بر سلامت عمومی و سازگاری بهتر با موقعیت‌های آسیب‌زا دارد (۱۹).

با توجه به این که سرکوب هیجانات فرآیندی پیچیده و سریع است که ممکن است از دسترس توجه هشيار هم پنهان باشد، سنجش آن کار دشواری است. رایمز و چادلر معتقدند باورهای فرد در مورد غیرقابل قبول بودن و ناپذیرفته بودن تجربه و ابراز هیجانات می‌تواند زمینه‌ساز سرکوبی آنها شود، در نتیجه این محققین مقیاس باورها در مورد هیجانات را ساختند که از طریق آن میزان سرکوبی احساسات را در فرد مورد ارزیابی قرار دهند (۲۰).

سابقه بیماری ایسکمیک قلبی و دیابت بود. شرکت در این مطالعه با توجه به این که ابزار پژوهش از نوع پرسشنامه بود، هیچ‌گونه خطری را متوجه شرکت کنندگان در پژوهش نمی‌کرد. تمامی آنها با رضایت در این مطالعه شرکت کردند و هر زمان می‌توانستند مطالعه را ترک کنند، بنابراین ملاحظات اخلاقی در این مطالعه رعایت شد.

مقیاس‌های استفاده شده در این پژوهش به شرح زیر می‌باشند.

مقیاس باورها در مورد هیجان‌ات، این مقیاس برای اندازه‌گیری غیرمستقیم سرکوبی باورهای فرد در مورد هیجان‌ات را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این مقیاس با این پیش فرض ساخته شده که برخی باورها نشان دهنده سرکوبی احساسات در شخص هستند. سازندگان این مساله را در پژوهشی نشان دادند (۲۰). این مقیاس دارای دوازده ماده است و دامنه ۶ درجه‌ای پاسخ‌های آن از «کاملاً مخالف (۱)» تا «کاملاً موافق» (۶)، درجه‌بندی می‌شود. ساختار تک عاملی این مقیاس هم‌چنین انسجام درونی بالای آن (۰/۹۱) و نیز پایایی مطلوبش در نمونه انگلیسی تأیید شد (۲۰). مقیاس مورد نظر طی پژوهش حاضر ترجمه و بازترجمه شد و ساختار عاملی آن در نمونه ایرانی تأیید و ضریب آلفای برابر با ۰/۷۴ به دست آمد.

مقیاس استرس ادراک شده، این مقیاس برای اندازه‌گیری میزان استرسی که شخص در طول یک ماه گذشته در زندگی خود تجربه کرده است، ساخته شده و دارای چهارده ماده است و دامنه ۵ درجه‌ای

با توجه به این که در دنیای کنونی، تجربه استرس امری اجتناب‌ناپذیر و عمومی است به نظر می‌رسد آنچه استرس ادراک شده را به بیماری ارتباط می‌دهد، نحوه مواجهه با احساسات برانگیخته شده ناشی از با استرس است، استرس در صورتی مخرب است که به صورت ذهنی با راه‌اندازی نشخوار ذهنی و نگرانی دوام پیدا کند و در نتیجه با برانگیختگی مزمن فیزیولوژیک موجب تأثیر مخرب بر سلامتی قلبی شود. از سوی دیگر پژوهش‌ها نشان داده‌اند سرکوبی احساسات موجب دوام تجربه ذهنی استرس می‌شود؛ در نتیجه، پژوهش حاضر با هدف مقایسه و تعیین میزان استرس ادراک شده، سرکوبی، نشخوار فکری و نگرانی ذهنی در بیماران مبتلا به ایسکمیک عروق کرونر قلب و گروه مقایسه افراد سالم اجرا شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی-مقطعی، جامعه آماری آن شامل ۳۸ مرد می‌باشد، شامل ۱۹ بیمار مرد متأهل مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب مراجعه کننده به بیمارستان شهید رجایی تهران در سال ۱۳۹۲ و ۱۹ مرد هم‌تای سالم متأهل بودند که به روش هدفمند و هم‌تا با گروه بیماران انتخاب شدند. معیار ورود گروه بیماران، تشخیص بیماری ایسکمیک عروق کرونر قلب، مرد بودن، عدم ابتلا به دیابت و عدم جراحی قلب باز، توانایی خواندن و نوشتن، نداشتن اختلالات روانشناختی و رضایت برای شرکت در پژوهش بود. معیارهای ورود گروه سالم نیز عدم

پاسخ‌های آن از «هرگز» (۱)، تا «بسیاری اوقات» (۵) درجه‌بندی می‌شود که هرچه نمرات بیشتر شود به معنای افزایش میزان استرس ادراک شده فرد می‌باشد (۲۱). این مقیاس، در پژوهشی بین فرهنگی به کار رفت و برای آزمودنی‌های ایرانی ضریب آلفای برابر با ۰/۸۱ و برای آزمودنی‌های ایالات متحده آمریکا ضریب آلفای برابر با ۰/۸۶، نشان داده است (۲۲).

مقیاس نشخوار ذهنی، یکی از زیر مقیاس‌های مقیاس نشخوار ذهنی - تامل^(۱) است که به وسیله تراپل و کامپبل، ساخته شده است (۲۳). زیر مقیاس نشخوار ذهنی، شامل دوازده عبارت است و دامنه ۵ درجه‌ای پاسخ‌های آن از «بسیار مخالف» (۱)، تا «بسیار موافق» (۵)، درجه‌بندی می‌شود و نمرات بیشتر نمایانگر نشخوار ذهنی بیشتر بود. سازندگان، ویژگی‌های روانسنجی آن را در نمونه خارجی مناسب گزارش کردند. قربانی و همکاران، نیز همسانی درونی این مقیاس را در ایران ($\alpha=0/84$) و آمریکا ($\alpha=0/80$) مطلوب گزارش کردند (۲۴).

مقیاس نگرانی، این مقیاس برای سنجش خصیصه نگرانی به وسیله میر و همکاران، ساخته شد (۲۵). مقیاس دارای شانزده ماده است و دامنه ۵ درجه‌ای پاسخ‌های آن از «اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند» (۱)، تا «کاملاً در مورد من صدق می‌کند» (۵)، درجه‌بندی می‌شود و با افزایش نمرات در هر سؤال، نمره کلی نگرانی افزایش می‌یابد. ویژگی‌های روان سنجی این ابزار به وسیله سازندگان مطلوب گزارش

شده است. این ابزار قبل از اجرای مطالعه نخست به فارسی ترجمه شد، سپس فرد دیگری ترجمه را به زبان اصلی بازگرداند. تفاوت‌های مقیاس اصلی و باز ترجمه بررسی و بر آن اساس ترجمه ویرایش گردید. تحلیل عامل تأییدی، ساختار تک عاملی آن را در نمونه ایرانی تأیید کرد. همچنین ضریب آلفای ۰/۹۱ همبستگی درونی مطلوب آن را نشان داد (۲۶).

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد)، آزمون تی، کلموگروف-اسمیرنوف و تحلیل واریانس چند متغییری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ آمده است که نشان می‌دهد میانگین سنی گروه بیمار ۵۴/۱ سال و انحراف معیار ۱۱/۴۸ سال است و میانگین سن گروه سالم ۵۱/۷۳ سال و انحراف استاندارد آن ۱۰/۸۵ می‌باشد.

شرکت‌کنندگان در مطالعه شامل دو گروه ۱۹ نفری مرد متأهل بودند. میانگین سنی گروه بیمار ۵۴/۱ با انحراف استاندارد ۱۱/۴۸ و میانگین سنی گروه سالم ۵۰/۶۳ و انحراف استاندارد ۹/۹۵ بود، همچنین میانگین و انحراف استاندارد سن گروه بیمار زمان شروع بیماری به ترتیب ۵۱/۷۳ و ۱۰/۸۵ بود.

1-Rumination Reflection

میانگین و انحراف استاندارد سطح تحصیلات وقتی که با استفاده از تعداد سال‌های تحصیل و به صورت متغیر پیوسته محاسبه شد نیز به ترتیب برای گروه بیمار ۱۱/۶۸ سال و ۳/۵۷ انحراف استاندارد و برای گروه سالم ۱۳/۳۶ و ۳/۲۵ گزارش شد (جدول ۲، نتایج مقایسه دو گروه را از نظر این متغیر نشان می‌دهد).

جدول ۲ نتایج آزمون تی مستقل برای مقایسه گروه‌ها از نظر سن و میانگین سال‌های تحصیلی را نشان می‌دهد.

نتایج ۲ همگنی دو گروه را از نظر سن و سطح تحصیلات نشان می‌دهد.

قبل از انجام تحلیل‌های آماری، یافته‌ها از نظر فرضیه نرمال بودن و همگنی واریانس‌های متغیرها در دو گروه پایش شد. آزمون کلموگروف - اسمیرنوف، توزیع نرمال متغیرها در مطالعه را نشان داد. در ادامه، تفاوت دو گروه از نظر متغیرهای مطالعه با روش تحلیل واریانس چندمتغیری تحلیل شد. در این روش آزمون ام باکس همگنی کواریانس‌های دو گروه

در متغیرهای مورد مطالعه را مورد بررسی قرار داد که نتایج آن، فرض صفر را که ماتریس کواریانس متغیرهای پژوهش در دو گروه یکسان است، تأیید کرد (Box's M=۸/۲۷ F=۰/۷۲، sig=۰/۷۰). آزمون ویلکز لامبدا (sig=۰/۰۱) نشان داد که بین متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه بیماران عروق کرونر و افراد سالم تفاوت وجود دارد. شرط برابری واریانس متغیرها در گروه‌ها به وسیله آزمون لون انجام شد که نتایج آن، فرض صفر را که واریانس متغیرهای پژوهش در دو گروه برابر است را مورد تأیید قرار داد و نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳ نتایج تفاوت دو گروه را به تفکیک در متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد. این جدول نشان می‌دهد که میزان استرس دو گروه تفاوت ندارد (p=۰/۱۵)، اما سرکوبی (p=۰/۰۵)، نگرانی (p=۰/۰۰۱) و نشخوار (p=۰/۰۵) معنی‌دار بودند.

جدول ۱: نتایج توصیفی مربوط به دو گروه شامل میانگین و انحراف استاندارد متغیرها

متغیر	گروه بیمار		گروه سالم	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سرکوب	۵/۰۹	۰/۸۵	۴/۵۷	۰/۷۰
نشخوار	۳/۱۷	۰/۷۰	۲/۷۰	۰/۷۰
استرس	۲/۲۹	۰/۴۷	۲/۰۴	۰/۵۶
نگرانی	۳/۳۳	۰/۶۵	۲/۴۵	۰/۷۴

جدول ۲: نتایج آزمون T مستقل برای مقایسه گروه‌ها از نظر سن و میانگین سال‌های تحصیلی

مقایسه سن هنگام مطالعه دو گروه	تفاوت میانگین‌ها	تی	df	سطح معنی‌داری
مقایسه سن هنگام شروع بیماری و سن هنگام مطالعه گروه سالم	۳/۴۷	۰/۹۹	۳۶	۰/۳۲
مقایسه تحصیلات دو گروه بر حسب تعداد سال‌های تحصیل	۱/۱	۰/۳۲	۳۶	۰/۷۴
	۱/۶۸	-۱/۵۱	۳۶	۰/۱۳

جدول ۳: نتایج آزمون لون جهت ارزیابی برابری واریانس متغیرها در دو گروه

متغیرها	آماره لون	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	sig
سرکوب	۱/۹۹	۱	۳۵	۰/۱۶
نشخوار	۰/۱۷	۱	۳۵	۰/۶۸
استرس	۰/۲۱	۱	۳۵	۰/۶۴
نگرانی	۰/۳۹	۱	۳۵	۰/۵۳

جدول ۳: نتایج تحلیل تک متغیری تفاوت گروهها از نظر متغیرهای پژوهش

منبع واریانس	متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میزان F	sig
تفاوت گروهی	سرکوب	۲/۵۰	۱	۴/۱۲	۰/۰۵
	نشخوار	۲/۰۳	۱	۴/۰۸	۰/۰۵
	استرس	۰/۵۸	۱	۲/۱۳	۰/۱۵
	نگرانی	۷/۱۹	۱	۱۴/۶۰	۰/۰۰۱
خطا	سرکوب	۲۱/۲۳	۳۵		
	نشخوار	۱۷/۳۹	۳۵		
	استرس	۹/۵۵	۳۵		
	نگرانی	۱۷/۲۳	۳۵		

بحث

سرکوب احساسات و نشخوار فکری در بیماران عروق کرونر بیش از افراد سالم می‌باشد. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد دو گروه مورد مطالعه از نظر تجربه استرس ادراک شده تفاوتی ندارند و به یک میزان استرس تجربه می‌کنند، اما به نظر می‌رسد گروه بیماران کرونر قلبی به این دلیل که احساسات همایند با استرس را سرکوب می‌کنند و بنابراین راهبردهای تنظیم هیجان در سطح پاسخ(فرونشانی هیجانی) به کار می‌برند و اجازه تجربه شدن هیجان‌ات را نمی‌دهند، در نتیجه نگرانی و نشخوار فکری بیشتری تجربه می‌کنند که می‌تواند نتیجه آن تأثیر در شکل‌گیری و وخیم شدن بیماری قلبی باشد. این یافته‌ها که سرکوب کردن منجر به پیامدهای فیزیولوژیک و قلبی می‌شود، هم‌سو با نتایج دیگر

با توجه به این که پژوهش‌ها نشان می‌دهد واکنش‌های قلبی - عروقی تنظیم نشده، می‌تواند پیامدهای مخرب از جمله بیماری قلبی به دنبال آورد و به نظر می‌رسد تأثیر نامطلوب استرس بر وضعیت قلبی به واسطه دوام واکنش‌های قلبی رخ می‌دهد(۱۴)، از طرفی با در نظر گرفتن این نکته که دوام واکنش‌های قلبی به دنبال استرس به واسطه نگرانی و نشخوار ذهنی رخ می‌دهد(۶)، لذا هدف از این مطالعه مقایسه و تعیین میزان استرس، نگرانی، سرکوب احساسات و نشخوار فکری در دو گروه بیماران عروق کرونر قلبی و افراد سالم می‌باشد. یافته‌ها نشان می‌دهد که استرس ادراک شده در دو گروه با هم تفاوت نداشتند، اما میزان نگرانی،

هیجان‌ها است که نشان می‌دهند سرکوب کردن احساسات و هیجان‌ها در تماس نبودن با آنها با پیامدهای منفی جسمانی از جمله بیماری‌های قلبی ارتباط مستقیم دارند (۱۸ و ۱۶). از سوی دیگر این یافته به این مفهوم است که تجربه کردن هیجان‌ها و خود افشایی هیجانی، علاوه بر سلامت روان بر سلامت جسمی نیز اثر مطلوبی دارد و ریسک ابتلا و وخیم شدن بیماری‌های جسمی به خصوص بیماری قلبی را کاهش می‌دهد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که سرکوب احساسات همانند با استرس منجر به تجارب ذهنی از جمله نگرانی و نشخوار فکری می‌شود (۵). نگرانی و نشخوار فکری بازنمایی ذهنی استرس بدون حضور عامل استرس‌زا هستند و پژوهش‌ها بیانگر این مطلب است که تجربه نگرانی و نشخوار فکری در طول زمان پیامدهای منفی روانی و جسمی زیادی از جمله اثرات فیزیولوژیک متنوعی مثل ابتلا و یا تداوم بیماری عروق کرونر قلبی دارد (۶) و باعث تداوم برانگیختگی فیزیولوژیک و تجربه روانی استرس بدون حضور عامل استرس‌زا می‌شوند (۳). نتایج نشان دهنده این مطلب است که احساسات همراه با استرس در صورتی که به صورت کامل تجربه نشوند و سرکوبی رخ دهد، فرآیندهای ذهنی نگرانی و نشخوار فکری درباره عامل استرس‌زا و استرس راه‌اندازی و این فرآیندها منجر به تشدید علایم استرس در فرد می‌شوند که نتیجه آن ابتلا به بیماری‌های جسمی و یا تشدید پیامدهای فیزیولوژیکی مانند بیماری عروق کرونر قلب می‌باشد، اما افرادی که با هوشیاری،

هیجان‌ها همانند با وقایع استرس‌زا را به صورت کامل در سطح روانشناختی و جسمی تجربه می‌کنند، با احساسات خود مقابله نمی‌کنند، با آنها در تماس هستند و آنها را می‌پذیرند، این افراد از سطوح بالاتر سلامت جسمی و روانشناختی برخوردارند که این به نوبه خود مانع از ابتلا افراد به بیماری‌های مختلف از جمله بیماری‌های قلبی می‌شود. این یافته‌ها هم‌سو با پژوهش‌های ذکر شده می‌باشد که جلوگیری از تجربه احساسات را عاملی مهم در ابتلا و وخیم شدن بیماری‌های جسمی و در مقابل تماس با احساسات و تجربه کردن هیجان‌ها مختلف را عامل بهبود سلامت جسم و روان می‌دانند (۱۹ - ۱۷).

پیشنهاد می‌شود برای جلوگیری از ابتلا به بیماری‌های قلبی به ویژه بیماری ایسکمیک قلبی، افراد هیجان‌ها و احساسات منفی خود را که در طول زندگی تجربه می‌کنند، سرکوب نکنند و اجازه تجربه شدن به آنها بدهند و در مورد اثرات دراز مدت آن پژوهش‌هایی انجام شود.

این مطالعه همانند پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود که بر روایی درونی و بیرونی مطالعه تأثیرگذار است، از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر طرح پژوهش بود که به دلیل مقطعی بودن نتوان استنباط علی از نتایج کرد. محدودیت دیگری که بر تعمیم نتایج تأثیرگذار است نمونه‌گیری در دسترس است. همچنین تعداد نمونه می‌تواند یکی از محدودیت‌های مطالعه باشد و پیشنهاد می‌شود با تعداد نمونه‌های بیشتر مطالعه تکرار شود.

نتیجه‌گیری

تجربه کردن و عدم سرکوب هیجانات منفی در شرایط استرس‌زا در سطح روانشناختی و فیزیولوژیک، از عوامل اثرگذار و مهم سلامت است و پیامدهای مقابله با احساسات و سرکوب و نادیده انگاشتن آن‌ها، در طول زمان منجر به افزایش نگرانی و نشخوار فکری می‌شود که به ترتیب دغدغه بروز استرس و نیز تداوم فکر کردن نشخوار گونه به استرس قلبی را شامل می‌شود، این دو پدیده می‌توانند موجب فعال ماندن پیامدهای فیزیولوژیک استرس از جمله فعالیت‌های قلبی افزایش یافته شود که در نتیجه ممکن است با بیماری‌های قلبی همراه شود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این پژوهش از شرکت کنندگان در تحقیق که وقت خود را اختصاص دادند و صادقانه پرسشنامه‌های مربوط را پر کردند، تشکر می‌کنند.

REFERENCES

1. Lovallo WR. Stress and health: Biological and psychological interactions. Sage publications; 2015 Feb 10.
2. Scott SB, Graham-Engeland JE, Engeland CG, Smyth JM, Almeida DM, et al. The effects of stress on cognitive aging, physiology and emotion (ESCAPE) project. *BMC Psychiatry* 2015c;15(1):146.
3. Brosschot JF, Gerin W, Thayer JF. The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal of psychosomatic research*. 2006 Feb 1;60(2):113-24.
4. Schubert, C., Lambert, M., Nelesen, R. A., Bardwell, W., Choi, J.-B., & Dimsdale, J. E. (2009). Effects of stress on heart rate complexity—A comparison between short-term and chronic stress. *Biological Psychology* 80, 325–332.
5. Brosschot JF. Markers of chronic stress: Prolonged physiological activation and (un) conscious perseverative cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2010 Sep 1;35(1):46-50.
6. Verkuil B, Brosschot JF, de Beurs DP, Thayer JF. Effects of explicit and implicit perseverative cognition on cardiac recovery after cognitive stress. *International Journal of Psychophysiology*. 2009 Dec 1;74(3):220-8.
7. Blascovich J, Katkin ES. Cardiovascular reactivity to psychological stress and disease: Conclusions.
8. Adolph EF. Physiological regulations. Oxford, England: Jacques Cattell Press; 1943
9. Hofmann W, Schmeichel BJ, Baddeley AD. Executive functions and self-regulation. *Trends in cognitive sciences*. 2012 Mar 1;16(3):174-80.
10. Guédon-Moreau L, Ducrocq F, Molenda S, Duhem S, Salleron J, Chaudieu I, Bert D, Libersa C, Vaiva G. Temporal analysis of heart rate variability as a predictor of post traumatic stress disorder in road traffic accidents survivors. *Journal of psychiatric research*. 2012 Jun 1;46(6):790-6.
11. Pitsavos CH, Chrysohoou C, Panagiotakos DB, Kokkinos P, Skoumas J, Papaioannou I, Michaelides AP, Singh S, Stefanadis CI. Exercise capacity and heart rate recovery as predictors of coronary heart disease events, in patients with heterozygous familial hypercholesterolemia. *Atherosclerosis*. 2004 Apr 1;173(2):345-50.
12. Janczura M, Bochenek G, Nowobilski R, Dropinski J, Kotula-Horowitz K, Laskowicz B, Stanisiz A, Lelakowski J, Domagala T. The relationship of metabolic syndrome with stress, coronary heart disease and pulmonary function-an occupational cohort-based study. *PLoS One*. 2015 Aug 14;10(8):e0133750.
13. Deaton C, Froelicher ES, Wu LH, Ho C, Shishani K, Jaarsma T. The global burden of cardiovascular disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2011 Jun;10(2_suppl):S5-
14. McDuff D, Gontarek S, Picard R. Remote measurement of cognitive stress via heart rate variability. In *Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC), 2014 36th Annual International Conference of the IEEE* 2014 Aug 26 (pp. 2957-2960). IEEE.
15. Vohs KD, Baumeister RF. Understanding self-regulation: An introduction. *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*. 2004:1-9.
16. Pandey A, Choubey AK. Emotion and Health: An overview. *SIS J. Proj. Psy. & Ment. Health* (2010) 17 : 135-152
17. Singer T. Training mind and heart: Effects of mental training on mental and physical health, brain, and prosocial behavior. In *Meeting with HH the 14th Dalai Lama* 2016 Sep 16.
18. Gross JJ, Levenson RW. Hiding feelings: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of abnormal psychology*. 1997 Feb;106(1):95.
19. Pennebaker JW. Emotion, disclosure, & health. American Psychological Association; 1995.
20. Rimes KA, Chalder T. The Beliefs about Emotions Scale: validity, reliability and sensitivity to change. *Journal of psychosomatic research*. 2010 Mar 1;68(3):285-92.
21. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*. 1983 Dec 1:385-96.
22. Ghorbani N, Krauss SW, Watson PJ, LeBreton D. Relationship of perceived stress with depression: Complete mediation by perceived control and anxiety in Iran and the United States. *International Journal of Psychology*. 2008 Dec 1;43(6):958-68.
23. Trapnell PD, Campbell JD. Private self-consciousness and the five-factor model of personality: distinguishing rumination from reflection. *Journal of personality and social psychology*. 1999 Feb;76(2):284.

24. Ghorbani N, Cunningham CJ, Watson PJ. Comparative analysis of integrative self-knowledge, mindfulness, and private self-consciousness in predicting responses to stress in Iran. *International Journal of Psychology*. 2010 Apr 1;45(2):147-54.
25. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour research and therapy*. 1990 Jan 1;28(6):487-95.
26. Sarafraz. M. Prospective Study of integrative Self Knowledge, Mindfulness and Self Control In stress Regulation and Cardiovascular Reactivity [dissertation]. [Tehran]: Tehran university: 2014. 139p.

The Role of Emotions Regulation, Perceived Stress, Rumination and Anxiety in Patients with Ischemic Heart Disease and Healthy Control

Sarafraz MR^{1*}, Parsamahjoob M²

¹Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran, ²Department of Cardiology, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 08 Feb 2019 Accepted: 14 Apr 2019

Abstract

Background & aim: Different psychological factors may have a negative effect on our physical health and may also cause or exacerbate various diseases such as heart disease. The purpose of the present study was to compare stress, emotional suppression, rumination and anxiety in two groups of patients with coronary artery disease and healthy subjects.

Methods: This descriptive cross-sectional study was carried out on 38 men. 19 male patients with coronary artery disease who were referred to Tehran Rajaie Shahid Heart Center in 2014. Moreover, 19 healthy men were selected using Targeted and peer-oriented methods. The tools of this research include the "beliefs about emotions", "worry", "rumination" and "perceived stress". Data were analyzed by descriptive statistics (mean and standard deviation), t-test, Kolmogorov-Smirnov and multivariate analysis of variance.

Results: The results of t-test showed that the two groups of patients and non-patients are similar in terms of age and level of education and were not different. The results of the Kolmogorov-Smirnov test displayed that the assumption was that the data were normal and a parametric test can be used. The results of multivariate analysis of variance showed that the patients were not significantly different in terms of perceived stress ($p = 0.15$), however, the two groups considered the variables of emotional suppression ($p = 0.05$), rumination ($0.05 = p$) and worry ($p = 0.001$). Also, the results of Mbox test and Loon test, homogeneity of covariance and variance for multi-variable variance analysis were confirmed.

Conclusion: The findings of the research indicate that healthy group and coronary artery disease patient experience an equal level of stress, but the patients experience worry, rumination and emotional suppression more than healthy control group. The results indicate that the high level of emotional suppression in the patient group may lead to increased rumination and mental worry and mental continuity of stress and, consequently, adversely affects the health worsens the condition of illness over time.

Keywords: Emotional Suppression, Worry, Rumination, Coronary Artery Disease, Stress

Corresponding author: Sarafraz MR, Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran
Email: msarafraz@shirazu.ac.ir

Please cite this article as follows:

Sarafraz MR, Parsamahjoob M. The Role of Emotions Regulation, Perceived Stress, Rumination and Anxiety in Patients with Ischemic Heart Disease and Healthy Control. *Armaghane-danesh* 2019; 24(1): 262-273